

# Kortdurende analytische therapie en psychodrama

door H. Colaert, F. Geerts en R. Lagae

## Inleiding

Reeds sinds vele jaren gaan er in de psychotherapeutische wereld stemmen op die pleiten voor een terugkeer naar en een op punt stellen van een korte vorm van psychoanalytische behandeling. Therapeuten en auteurs als Balint, Davanloo, Gilliéron, Malan, Sifneos e.a. deden al dan niet onafhankelijk van elkaar hierbij eigen ervaringen op en openden hierrond de discussies.

In 1975, '76, en '77 werden er rond dit thema drie internationale congressen georganiseerd in de Verenigde Staten. In Nederland vonden er hieromtrent twee workshops plaats te Den Haag, de laatste maal in nov. '80. Hierbij werd eens te meer duidelijk hoe onder de benaming 'kortdurende dynamische psychotherapie' visies schuilgaan die sterk uiteenlopen zowel qua theoretische concepten als qua techniek en toepassing. Wel blijkt er een eenvormigheid te bestaan betreffende het kader van deze behandeling: de vis-à-vis gesprekssituatie, met de videoapparatuur als getuige. Vanuit een zekere ervaring met een variant van deze therapievorm zagen de auteurs van dit artikel er voordeel in de methode van het psychodrama binnen deze behandeling te introduceren.

In de volgende bladzijden geven zij toelichting omtrent die opzet en hierbij worden de motieven voor een dergelijke werkwijze, de concrete vorm en de theoretische en praktische consequenties ervan behandeld.

## De kortdurende psychoanalytische therapie

De geschiedenis van de kortdurende analytische behandelingsvorm vat aan bij Freud, die aanvankelijk heel wat therapieën voerde die maximaal enkele maanden duurden. In zijn spoor poogde Ferenczi vnl. na 1920 een actievere kortdurende techniek uit te bouwen. In de jaren '30 publiceerden W. Stekel en Gutheil ver-

---

Schrijvers zijn resp. arts-assistent, destijds in opleiding aan het A.Z. St. Raphaël te Leuven; psychiater-psychoanalyticus, als opleider psychotherapie deeltijds verbonden aan voornoemd instituut; psychiatrisch verpleegkundige en psychodrama-therapeut aan hetzelfde ziekenhuis.

schillende werken over dit thema. Meer bekendheid kregen v.a. 1946 Alexander en French met het concept van de 'correctieve emotionele ervaring'. Ook Finesinger ('48) en Deutsch ('49) leverden belangrijke bijdragen hieromtrent. (Voor deze historiek, zie Geerts, 1967). Vanaf de vijftiger jaren gaat Balint, een leerling van Ferenczi, een therapeutengroep vormen die zich tot doel stelt om binnen een beperkt tijdsbestek met de patiënt rond een bepaalde 'focus' te werken (cfr. Klüwer, '70 en '71). 'Focus' is in deze visie een kernachtige zinsnede die patiënts problematiek samenvat doch die niet aan hem wordt bekendgemaakt. De therapeut zal mede met de hulp van de 'therapeutenconferentie' (een intervisiegroep) deze focus benutten om zich te oriënteren bij zijn analytisch werk. De inhoud van de focus vindt zijn betekenis op alle conflict-niveaus zowel preoedipale als oedipale.

Malan opteert voor een focus die evt. in een zekere vorm aan de patiënt wordt bekendgemaakt, en die een psychodynamische herformulering van zijn klachten inhoudt. Hij aanvaardt diverse problematieken, ook preoedipale, als mogelijke indicaties. Zich basierend op de eigen relatief teleurstellende resultaten qua follow-up raadde hij echter in nov. '80 te Den Haag aan de selectiecriteria vrij streng toe te passen en nog enkel de beste kandidaten voor een dergelijke behandeling te aanvaarden.

Sifneos verdedigt een zeer actieve therapievorm bij een populatie van hysterisch-neurotische patiënten, waarbij wordt vastgehouden aan een zuiver oedipale focus-formulering. Het gaat om een intensieve dialoog tussen therapeut en patiënt waarbij vnl. positief-overdrachtelijke gevoelens worden bevorderd en waarbij ook aan de cognitieve factoren een groot belang wordt gehecht.

Davanloo hanteert eerder soepele selectiecriteria en schijnt zich persoonlijk vnl. te richten op weerstandspatiënten (vaak obsessie-nele of fobische mensen met perverse tendensen). Hij zal op een uiterst intrusieve wijze vanaf het begin van de therapie focussen op hun afweermechanismen, en deze via een duiden en een snel doorwerken van hun (vnl. negatieve) overdrachtsbelevingen, spoedig doorbreken. Ook hier wordt een zeer grote activiteit en inbreng van de therapeut verwacht.

Gilliéron daarentegen opteert voor een kortdurende behandeling (6 maanden tot 1 jaar) die afgezien van de vis-à-vis situatie en van het gebruik van video, niet afwijkt van de langerdurende therapieën. De therapeut bewaart de klassieke analytische houding. Volgens Gilliéron zal de patiënt, gestimuleerd door dit kader en door de tevoren vastgestelde tijdslimiet, zelf spontaan en snel komen tot een focaliseren van zijn problematiek. De indicatie voor een dergelijke therapie stelt deze auteur vrij ruim; in zijn ervaring hebben overwegend preoedipaal neurotische patiënten hierbij niet minder kans op een goed resultaat.

Leibovich tenslotte werkte een korte therapievorm uit voor borderline patiënten; het centrale thema vormt hier de separatie- en individuatieproblematiek, vnl. gecentreerd rond het hier en nu en rond de overdracht.

In onze ervaring met kortdurende analytische gesprekstherapie (n.l. op de psychiatrische consultatiedienst, A.Z. St. Rafaël, Leuven) worden een aantal hoofdlijnen weerhouden, die nog het meest aansluiten bij de visie van Sifneos. Onze intake-fase bestaat uit een aantal gesprekken waarbij enerzijds patiënts actuele klacht wordt geëxploreerd, en waarbij anderzijds terdege wordt ingegaan op zijn voorgeschiedenis. Van hieruit ontstaat een psychodynamische herformulering van patiënts klacht, een 'focus', die aan de patiënt wordt voorgelegd als werkterrein bij aanvang van de eigenlijke therapie. Tijdens de intake wordt ook nagegaan of patiënt voldoende beantwoordt aan selectiecriteria zoals: intelligentie, introspectievermogen, reageren op proefduidingen, motivatie, flexibiliteit enz. De focus zelf zal bij voorkeur rond een oedipaal conflict gecentreerd zijn. De therapeut zal in onze behandeling zelf een vrij actieve rol aannemen: hij zal de patiënt stimuleren tot het aanbrenge van belangrijk materiaal, en hierbij zal hij vooral die thema's benadrukken die aansluiten bij de vooropgestelde focus. Inhoudendie niet behoren tot het beoogde probleemgebied poogt de therapeut terzijde te laten. De weerstanden worden bij voorkeur omzeild, soms als een deel van de focus actief geëxploreerd. De therapeut zal streven naar een evenwicht, waarbij hij enerzijds de patiënt voldoende kans en ruimte geeft om geleidelijk zelf tot bepaalde inzichten te komen, een proces door te maken, en waarbij anderzijds de therapeut zelf een belangrijke stimulans voor de patiënt blijft betekenen. Hij zal vrij actief en snel patiënt confronteren met verbanden tussen heden en verleden, tussen de therapiesituatie en patiënts leven er buiten.

De overdracht is ook hier zeer belangrijk. Enerzijds is het doorwerken van een aantal overdrachts-ervaringen essentieel voor het welslagen van de therapie, anderzijds mag het niet komen tot een overdrachtsneurose die een langdurige afwikkeling zou vereisen. Steeds is het belangrijk het emotioneel-doorleefde en het cognitieve te verzoenen: nieuw leren, adequaat probleemoplossend gedrag opbouwen vanuit een eigen evolutie (vnl. in de overdracht ontstaan) en vanuit een beter verstandelijk begripen.

Het einde van de therapie is ofwel tevoren vastgelegd ofwel een functie van patiënts evolutie: de behandeling wordt beëindigd als patiënts geviseerde klachten en symptoomgedrag door het bekomen inzicht veranderd blijken.

### **Het psychodrama**

Vanuit onze ervaring nu met de hoger beschreven vorm van kortdurende analytische therapie, en vanuit de vragen die deze bij ons opriep groeide het idee om met dezelfde theoretische achtergronden en doelstellingen een ander kader, een andere methodiek te gaan gebruiken n.l. het psychodrama. Het gaat hier immers om therapieën waarbij gezien de beperkte duur het gebrachte materiaal enerzijds maximaal zou moeten verrijkt, uitgeput worden, met behoud anderzijds van een zo groot mogelijk emotionele

kracht. In de praktijk blijkt dit vaak niet eenvoudig. Het materiaal wordt maar zeer geleidelijk blootgegeven, en dan nog ten koste van een grote activiteit van de therapeut, waardoor het dikwijls heel wat belevingswaarde verliest. De weerstand blijkt te groot, en daar kan slechts gedurende een beperkte en vaak onvoldoende tijd op ingegaan worden gezien de korte duur van de behandeling.

De techniek van het psychodrama leek ons hierbij mogelijkheden te bieden: het gaat hier immers om een methode die de gebrachte inhouden selectief sterk kan intensiveren. Door een thema, een schoorvoetend gebrachte doch belangrijk lijkende uitspraak van de patiënt in een spel om te zetten komt er vaak een hele rijkdom aan gegevens bloot. De manier waarop de patiënt het thema concretiseert tot een spel, de rollen die hij toebedeelt aan zichzelf en aan de therapeuten, de dialoog die ontstaat tussen de protagonist en de antagonist(en), de rolwisseling en zijn consequenties, het gebruik van de ruimte, de lichaamstaal, dit alles brengt op een gewoonlijk minder bedreigende wijze een massa inhouden naar voor, waarbij nu blijkbaar door de patiënt spontaan aan veel weerstanden wordt voorbijgegaan. En waar in de vis-à-vis situatie de vergrote activiteit vaak een afstandsname van het emotionele met zich inebrengt, wordt hier het gevoelsmatige juist sterk beklemtoond. Er komt een min of meer spontane interactie tot stand tussen de patiënt en zijn antagonisten, waarbij binnen de bescherming van de spelsituatie veel kan en mag gezegd en beleefd worden. De confrontatie met de eigen uitspraken en gevoelens is hierbij zo direct en duidelijk, dat deze ook nadien nog moeilijk uit de weg kan gegaan worden. Tijdens zowel als na het spel krijgt de antagonist-therapeut opmerkelijke kansen om belangrijke inhouden te clarificeren en te duiden op een spontane en voor de patiënt aanvaardbare wijze.

## De techniek

Wellicht is enige toelichting betreffende de door ons toegepaste methode hier wel noodzakelijk. Het woord 'psychodrama' blijft immers voor velen in de eerste plaats verbonden met zijn geestelijke vader Moreno, die onder deze naam een therapie propageerde die zowel qua achtergrond als qua toepassing vrij sterk afwijkt van de nu door ons toegepaste methode. Bij Moreno stonden begrippen als de katharsis, de spontaneïteit centraal alsook de theorie rond de sociometrie; de techniek van het psychodrama stond onder dit conceptueel teken.

Voornamelijk in Frankrijk, waar het psychodrama vanaf 1945 ingang vond, kende dit een opmerkelijke ontwikkeling met een zeer grote beïnvloeding vanuit de psychoanalyse. De evolutie die zich hierbij aftekende kwam tot uiting binnen de verschillende psychodrama-genootschappen en binnen de vele congressen en publikaties die aan dit thema werden gewijd. Zij werd vooral gekenmerkt door een steeds grotere en algemenere afstandname van Moreno's grondbeginselen; de concepten rond de katharsis, de

spontaneïteit en de sociometrie werden geleidelijk aan doch definitief verlaten en van de technieken werd vaak enkel de dramatische improvisatie weerhouden. Anderzijds ging nu alle aandacht naar de studie van de overdracht, de tegenoverdracht, de weerstand, het duiden binnen het analytische psychodrama. Voor een uitgebreide historiek van deze groei kunnen we verwijzen b.v. naar Mattison (1973). Voor ons volstaat het te vermelden dat onze werkwijze is geïnspireerd op deze recentere Franse praxis en theorie.

Concreet gaat het in onze toepassing om individuele therapieën met een intensiteit van 1 zitting van 1 uur/week. De intake gebeurt volgens het hoger beschreven patroon. Als bijkomend selectie-criterium veronderstellen we een zekere soepelheid om in deze sociaal ongewone spelsituatie in te treden zonder teveel remmingen. Wellicht is ook de indruk van een snelle overdrachtsbereidheid (nl. ook emotioneel soepel kunnen overstappen van de ene situatie in de andere) een element dat tot dit therapeutisch voorstel kan bijdragen (gezien de korte duur van de therapie). Op het einde van de intake wordt de focus met de patiënt besproken en wordt het psychodrama als methode aan hem voorgesteld. Als hij met dit aanbod instemt komen we dan tot de therapie strictu sensu waarbij met een (heteroseksueel samengesteld) therapeutenpaar wordt gewerkt.

De patiënt wordt uitgenodigd om een thema naar voren te brengen – om het even wat hem nu bezig houdt of door de gedachten gaat –, en om in een tweede tijd rollen toe te wijzen aan zichzelf en aan de therapeuten, zodat het thema gespeeld kan worden. Dit is de 'regel', die ten dele analoog is aan de klassieke analytische regel van de vrije associatie, doch anderzijds door de term thema en spel een zekere interne logica in het naar voren gebrachte materiaal veronderstelt. Een regel dus die een zekere limiet bij het vrije associëren, en dus ook een keuze van wat wordt gezegd, aanvaardt of zelfs bevordert. (Basquin, Dubuisson, Samuel, Testemale, 1972, p. 48-49).

Door de formulering 'spel' wordt de afstand duidelijk gesteld tussen de opgeroepen realiteit enerzijds en de representatie ervan binnen de therapie anderzijds. Het is n.l. niet de bedoeling om in het psychodrama bij voorbeeld bepaalde wensen zonder meer uit te ageren; het gaat om het exploreren ervan, via een actualisatie met behoud van een zekere distantie.

In de kortdurende therapievorm nu zal het thema groeien uit het materiaal dat de patiënt spontaan in het begin van de zitting brengt. In samenspraak met de therapeuten worden deze gegevens enigszins uitgewerkt; noch bij de keuze van de inhouden noch bij de elaboratie ervan wordt de focus uit het oog verloren. Ook in de 2e stap, het concretiseren in een spel, zal vaak een minimum aan hulp vanwege de therapeuten vereist zijn; eens te meer zal het er hier op aan komen de middenweg te bewandelen tussen het respecteren van het spontane proces enerzijds en een beperkt technisch-deskundig begeleiden anderzijds. Wij maken hierbij ev. gebruik van 'dubbelen', d.w.z. als helpend ego patiënt's gedachten en ge-

voelens vertolken. Ook kunnen we patiënt tijdens het spel een rolverwisseling voorstellen, of hem uitnodigen om even terzijde a.h.w. buiten de spelsituatie, gevoelens en associaties weer te geven. Eventueel kan de patiënt ook één of meer figuren door een lege stoel laten representeren, dit om het aantal medespelers als het ware te vergroten of om een al te direct tegenspel van therapeuten bv. voorlopig te omzeilen. De therapeuten kunnen zich in het spel strikt houden aan de hun opgedragen houding en taak. Zij kunnen zich echter ook soms laten leiden door het spel van de patiënt en vanuit de eigen therapeutische creativiteit een representatie brengen die afwijkt van hun oorspronkelijke opdracht. In de positie van tegenspeler, bekleed met een wel bepaalde rol, zijn zij zoals gezegd bijzonder geprivilegieerd om op een directe wijze betekenisvolle elementen in patiënt's spel te benadrukken en reeds binnen het psychodrama te verhelderen en te duiden.

Wij sluiten de zitting steeds af met een nabespreking waarbij patiënt nog eens kan stilstaan en associëren bij wat hij beleefde; ook de therapeuten kunnen dan nog ev. aanvullingen brengen, verbanden leggen e.d.

### Klinisch voorbeeld

P., een 18-jarige scholier, werd ons verwezen omdat hij na het oplopen van een hersenschudding regressief-depressief decompenseerde met allerlei lichamelijke klachten en met een verregaande lusteloosheid en inactiviteit. Patiënt bleek, nu geholpen door zijn commotio doch ook reeds duidelijk tevoren, op een opvallende wijze te zijn vastgelopen in de onderworpen verliezers-positie. Hij durfde geenszins voor zichzelf opkomen noch thuis, noch bij zijn vrienden en zeker niet tegenover meisjes. Ook het seksuele was voor hem sterk agressief geladen en derhalve zeer beangstigend; hij klaagde van een (zuiver psychogene) impotentia ejaculandi en schikte zich reeds in een leven als vrijgezel of alleszins zonder kinderen.

Een en ander verwees duidelijk naar zijn familiale situatie en naar bepaalde vroege herinneringen van patiënt: vader werd n.l. steeds beleefd als een ongenaakbare tiran die vroeger vaak dronken was en dan dreigend en uitermate agressief optrad tegen moeder. Patiënt, moeders favoriet, was hierbij aanwezig en wenste eigenlijk moeder te hulp te komen doch durfde het niet.

Patiënt voldeed aan onze selectiecriteria en wij opteerden voor psychodrama om verschillende redenen: we hoopten met deze techniek sneller zijn verdedigingsmechanismen te kunnen doorbreken n.l. rationaliseren enerzijds, ontvluchten via oppervlakkig grappenmaken anderzijds. Bovendien beschikten we door uiteenlopende omstandigheden slechts over een zestal zittingen, die we dus zo intensief mogelijk wilden benutten.

Het doorbreken van zijn afwerende stijl lukte in de spelsituaties inderdaad vrij snel. Aanvankelijk situeerde patiënt zichzelf steeds in de rol van agressieloze, goedmoedige verliezer: het meisje waar

hij een oogje op heeft reageert niet op zijn uitnodiging of wijst hem in een volgend spel radicaal af zonder dat hij zichzelf meer toelaat dan gevoelens van spijtige gelatenheid en aanvaarding. Geleidelijk, en dankzij de stimulans van het rollen wisselen, dubbelen enz., komen er ook andere impulsen naar voor: hij betreurt nu eigenlijk zijn angst om zich te manifesteren, hij ervaart bij zichzelf kwaadheid en competitieve gevoelens tegenover zijn vriend-rivaal doch durft die nog amper te uiten. Dit thema wordt herhaaldelijk hernoemen: b.v. ook tegenover de pubers waar hij leider van is in de jeugdbeweging en bij wie hij niet echt durft zijn autoriteit opnemen. Tenslotte zal in een representatie van een conflict met zijn broer, ook weer via de rolwisseling, zijn volle kwaadheid eens naar boven kunnen komen, tegelijk met zijn verwoorden van zijn angst daarvoor: „Ik zou iemand lam kunnen slaan”. Patiënt brengt in aansluiting hierop zelf die angst in verband met zijn relatie met vader: een gespeelde discussie met vader loopt weer uit op een zich onderwerpen, zij het nu met een nauwelijks verholen indirecte oppositie. Een heroproepen van de traumatiserende jeugdherinnering brengt patiënt dicht bij de betekenis van zijn angsten en inhibities.

Hoewel natuurlijk in zo'n korte therapie slechts een beperkt facet van zijn moeilijkheden aan bod kon komen, en zeer vele aspecten onaangeraakt bleven, betekende dit blijkbaar voldoende voor patiënt om op een keerpunt van zijn leven een aantal van zijn houdingen en keuzes in vraag te gaan stellen. Concreet maakte het hem mogelijk om zelf het statuut van zieke, gehandicapte niet langer te bestendigen.

### Vragen en beschouwingen

Bij een dergelijke therapievorm gaan er zich uiteraard onmiddellijk een heel aantal conceptuele en technische overwegingen aftekenen.

Vaak komt b.v. de vraag naar voor of dit nog wel analytische therapie kan genoemd worden. Het psychodrama wordt dan eerder gezien als een rollenspel waarin een leerproces op gang wordt gebracht, een desensitiseren van bepaalde angsten, een aanleren van gedragsalternatieven. Doch dit is niet wat in onze therapievorm gebeurt: hier wordt er enkel naar gestreefd een representatie te brengen van een thema, waarbij de absolute nadruk ligt op het beleven van de patiënt, de gevoelens en de associaties die bij hem opkomen. Het gaat er om via het spel materiaal te actualiseren dat dan analytisch wordt beluisterd en bewerkt. Als patiënt op eigen initiatief of via een rolwisselen of dubbelen b.v. in een spel in een totnogtoe niet geassumeerde positie geplaatst wordt (b.v. positief rivaliserend in 't gegeven voorbeeld), zal dit niet zozeer als in een leerproces positief bekrachtigd worden, maar veeleer aanleiding geven tot een intens luisteren en reflecteren rond eventuele nieuwe of nu duidelijker geworden gevoelens.

Een ander vraagstuk betreft de overdracht.

Reeds de via-à-vis gesprekssituatie brengt belangrijke modificaties mee. Zoals Gilliéron ('80) opmerkt zal de patiënt die nu de therapeut in het gezichtsveld krijgt hierdoor menen deze te kennen. Zijn mogelijkheid tot projecteren wordt daardoor beperkt en hij zal nu eerder pogen door actieve manipulatie de therapeut zo te veranderen dat deze aan zijn onbewuste verwachtingen gaat beantwoorden. De therapeut kan echter zelf ook een bepaalde overdracht stimuleren. Sifneos b.v. zal vaak aanvankelijk een positieve overdracht zien optreden, die samenhangt met de grote motivatie van de patiënt. Davanloo daarentegen schijnt ook vanuit zijn selectie van weerstandspatiënten vaak negatieve overdrachten te ontmoeten, die via een zekere amplificatie gevolgd door incisieve duidingen, een belangrijk werkinstrument voor hem worden.

In het psychodrama nu en zeker bij de individuele vorm krijgt de overdracht om verschillende redenen een heel eigen karakter. In de groepsbehandelingen waarin enkel de patiënten rollen op zich nemen kunnen de therapeuten nog een belangrijke afstand en neutraliteit behouden, en zo dichter bij de klassieke analytische relatie blijven. Concreet kan de ene therapeut het spel dan bv. louter technisch begeleiden, terwijl de andere zich beperkt tot een analytisch observeren en tot het plaatsen van verhelderende of duidende interventies tijdens of na het spel. In het individuele psychodrama wordt de patiënt echter voortdurend uitgenodigd om niet alleen aan zichzelf maar ook aan de beide therapeuten rollen toe te bedelen. Het projecteren van patiënt wordt hierdoor sterk gestimuleerd, en het tot uitdrukking brengen van deze projecties verliest veel van zijn beangstigend karakter, ook nog door de beveiligende afstand die door het 'doen alsof' wordt geschapen. De overdracht gaat zich overigens op verschillende wijzen doen gelden. Zij zal immers reeds naar voor treden in het gebrachte thema, waarbinnen de plaats die de patiënt wil innemen en deze die hij aan de therapeuten toekent al besloten ligt. Het spel, de actualisatie van het thema zal een nieuwe herhaling, een nieuw overdrachtsfenomeen vormen. De verschilpunten die zich voordoen tussen het thema en het spel, moeten vanuit deze visie geanalyseerd worden; vaak zullen ze defensies aantonen die het uitdrukken van de onbewuste verlangens in de weg staan. Een en ander zal dikwijls leiden tot bijzonder intense en met weinig weerstand gebrachte overdrachtsverschijnselen, waarbij naar onze mening 2 niveaus kunnen onderscheiden worden: enerzijds gaat het dan om een tot één bepaald spel gelimiteerde overdracht tegenover b.v. de door de antagonist gerepresenteerde figuur. In ons voorbeeld zal P. in een gesprek met vader waarin hij oorspronkelijk echt wou strijden zich onderwerpen: in het spel zelf herhaalt hij tegenover zijn tegenspeler zijn gewone houding ten aanzien van vader. Anderzijds bestaat er een meer continue overdracht tegenover de beide therapeuten als persoon: P. zal b.v. tegenover de mannelijke therapeut door de verschillende zittingen heen een aantal gevoelens en reacties tonen die verwijzen naar zijn vader (en broers).

Wat dit laatste betreft, de ervaring leert dat het hier zelden komt tot



een georganiseerde overdrachtsneurose. Er wordt in de eerste plaats gewerkt met de overdrachtsfenomenen van het eerste niveau, binnen het spel, die in deze situatie snel en doordringend kunnen worden aangetoond en geduid. Interpretaties op het genoemde tweede niveau blijken hierdoor minder noodzakelijk te worden, en zijn weinig frequent.

In het licht van deze beschouwing wordt het onderscheid tussen het kortdurend en het langerdurend individueel psychodrama minder belangrijk. Bij dit laatste zal namelijk het tweede overdrachtsniveau, dus het meer continue, duidelijker worden, b.v. in de herhalingen qua gekozen spelsituaties en rolverdelingen. In de kortdurende vorm bestaat hier minder ruimte voor, mede door de grotere activiteit van de therapeuten. Voor het therapeutisch werk verandert dit echter niet zoveel: in beide gevallen wordt vooral de overdracht geduid zoals die zich hier en nu in de spelsituatie tegenover de antagonist(en) manifesteert. Er bestaat zeker een wisselwerking tussen deze fenomenen, patiënts evoluerende inzichten hierrond en het proces op het tweede niveau, doch hierop dienen de therapeuten meestal niet expliciet in te gaan.

Wat de overdracht betreft moeten we ook even stilstaan bij de betekenis die het invoeren van een therapeutenpaar voor de patiënt kan krijgen. Op zich kan dit immers als vrij provocerend beschouwd worden: er wordt een driehoekssituatie ingevoerd die vaak de oedipale conflicten zal actualiseren. Op zich is dit een gsystematiseerde acting-in te noemen, die bij onze selectie van patiënten en gezien onze doelstellingen eerder positief zal werken. De produktie van materiaal aansluitend bij de liefst oedipale focus, en de overdrachtelijke belevingen hierrond worden erdoor immers gestimuleerd. Overigens heeft de patiënt ook, naargelang zijn problematiek, best andere mogelijkheden en uitwegen om dit gegeven op te lossen. Bij een overwegend preoedipale fixatie b.v. kan de patiënt o.m. via de themata en de rolverdeling de driehoekssituatie negeren en duel structureren (Basquin e.a., p 42).

Uiteraard zal ook de tegenoverdracht hier een bijzonder pregnant vraagstuk vormen. Het individueel psychodrama veronderstelt immers een grote activiteit en inbreng van beide therapeuten. Enerzijds leidt dit, ook door het levendig karakter van de interacties, tot een groot appèl op de eigen onbewuste verlangens en angsten. Anderzijds zijn er vele wegen waarlangs dit tot uitdrukking kan komen; denken we hierbij aan het te bieden tegenspel met zijn noodzakelijke spontaneïteit, creativiteit en nonverbale communicatie, doch ook aan het technisch leiden van het spel en aan de verhelderende en duidende interventies zelf. Een eigen leeranalytische ervaring en een voldoende continue zelfanalyse is noodzakelijk om de blinde vlekken en contaminaties door de eigen problematiek te beperken. Ook het functioneren als therapeutenpaar verdient een voortdurende kritische aandacht. Het werken als koppel in een driehoek met de patiënt kan immers ook de oedipale problematiek van de therapeuten activeren.

## Besluit

Uit het voorgaande mag blijken dat naar onze mening het gebruik van psychodrama verantwoord en nuttig kan zijn bij bepaalde vormen van kortdurende analytische therapie. Enerzijds betreft het hier wellicht een hulpmiddel dat niet zo eenvoudig te hanteren valt, en dat een aantal vragen kan oproepen op conceptueel en technisch vlak. Anderzijds werden wij getroffen door de snelheid en de intensiteit waarmee een dergelijke behandelingsvorm conflictgebieden kan concretiseren, analytisch verduidelijken en in evolutie brengen. Blijkbaar brengt het psychodrama vnl. een afzwakken van de weerstanden met zich mee. Mogelijk speelt de afstand die ontstaat tussen het onbewuste en het spel zelf hierbij een beveiligende rol. Het gaat immers om een dubbele gelijkenis, metaforisatie: van de onbewuste impuls, van de verdrongen beleving of geschiedenis komt het via een eerste omzetting tot het naar voren brengen van een thema. Dit nu concretiseren in een spel impliceert een nieuwe metafoor, die bovendien door zijn karakter van 'spel' nog vele uitwijkmogelijkheden lijkt te bieden.

Gereduceerde weerstanden dus, wat de vergelijking oproept met de droom, het analytisch materiaal bij uitstek, zelf ook een compromisoplossing tussen het onbewuste en de minder actieve defensiemechanismen.

Het psychodrama als droomequivalent: wellicht geen koninklijke weg, doch een avontuurlijk en functioneel stukje snelweg.

## Literatuur

- Basquin, Dubuisson, Samuel, Testemale (1972) *Le psychodrame: une approche psychanalytique*. Inconscient et culture, Dunod.
- Davanloo (1978) *Short-term Dynamic Psychotherapy*. Spectrum publications, New York.
- Geerts, F. (1967) Sectoranalyse en symbooldrama, 'Psych-inform' spec. uitgave 67-68, p. 33-69.
- Gilliéron (1978) Psychothérapies analytiques brèves et processus psychanalytique, *Psychother. Psychosom.* 29: 312-315.
- Gilliéron (1980) A propos du cadre et de la relation psychothérapeutique dans les psychothérapies d'inspiration psychanalytique brèves, *Med. et Hyg.*, 38, 3102-3105.
- Klüwer, R. (1970) Über die Orientierungsfunktion eines Fokus bei der psychoanalytischen Kurztherapie, *Psyche* 24, 739-755.
- Klüwer, R. (1971) Erfahrungen mit der psychoanalytischen Fokaltherapie, *Psyche* 12/71, p. 933-947.
- Lemoine, G. en P. (1972) *Le Psychodrame*, Laffont, Paris.
- Matisson (1973) *Le psychodrame*. Éditions universitaires, Paris.
- Sifneos (1979) *Short-term Dynamic Psychotherapy*, Plenum publishing corporation, New York.